U. S. Department of State
美国国务院

MEDICAL EXAMINATION FOR IMMIGRANT OR REFUGEE APPLICANT
移民或难民医学检查

OMB NO.1405-0113
EXPIRATION DATE: 05/31/2007
有效截止时间：2007 年 5 月 31 日
ESTIMATED BURDEN: 10 minutes
完成表格估计耗时：10 分钟
(See Page 2 - Back of Form)
（见第二页）

Photo

Name *(Last, First, MI)*
姓名 *（姓，名）* _____, _____, _____

Birth Date *(mm-dd-yyyy)*
出生日期 *（月－日－年）* _____

SEX: ☐ **Male** 男 ☐ **Female** 女
性别：

Birth Place *(City/Country)*
出生地 *（城市／国家）* _____ / _____

Present Country of Residence
现居住国 _____

Prior Country
原居住国 _____

U.S. Consul *(City/Country)*
美领所在地 *（城市／国家）* _____ / _____

Passport Number
护照号码 _____

Alien (*Case*) Number
档案号码 _____

Date *(mm-dd-yyyy)* **of Medical Exam**
医学检查的日期 *（月－日－年）* _____

Date *(mm-dd-yyyy)* **of Prior Exam, if any**
如曾检查过，注明上次检查日期 *（月－日－年）* _____

Date Exam Expires *(6 months from examination date, if Class A or TB condition exists, otherwise 12 months) (mm-dd-yyyy)*
体检结果有效截止日期 *（从体检之日起 12 个月，若申请人属A级或结核患者，为6 个月）（月－日－年）*

Exam Place *(City/ Country)*
体检地点 *（城市／国家）* _____ / _____

Panel Physician *(name)*
主检医生 *（姓名）* _____

Radiology Services *(name)*
影像检查地点 *（名称）* _____

Screening Site *(name)*
体检医院 *（名称）* _____

Lab *(name for HIV/Syphilis/TB)*
实验室名称 *（人类免疫缺陷病毒／梅毒／结核）* _____ / _____ / _____

(1) Classification *(Check all boxes that apply):*
分类 *（在相应的方格内打勾）*

☐ **No apparent defect, disease, or disability** *(See Worksheets DS - 3024, DS - 3025 and DS - 3026)*
无明显损害、疾病或残废 *（见 DS-3024、DS-3025 和 DS-3026 表）*

☐ **Class A Conditions** *(From Past medical History and Physical Examination Worksheets)*
A 级病症 *（根据过去史和体检表的内容判断）*

- ☐ TB, active, infectious *(Class A, from Chest X- Ray Worksheet)*
  活动性结核，具传染性 *（根据胸部X 光检查情况定为A 级）*
- ☐ Syphilis, untreated
  梅毒，未治疗
- ☐ Chancroid, untreated
  软下疳，未治疗
- ☐ Gonorrhea, untreated
  淋病，未治疗
- ☐ Granuloma, untreated
  腹股沟肉芽肿，未治疗
- ☐ Lymphogranuloma venereum, untreated
  淋巴肉芽肿，未治疗
- ☐ Human immunodeficiency virus (HIV)
  人类免疫缺陷病毒
- ☐ Hansen's disease, lepromatous or multibacillary
  麻风病，瘤型或多菌型
- ☐ Addiction or abuse of specific* substance without harmful behavior
  对某些特殊*物质成瘾或滥用，但无伤害行为
- ☐ Any Physical or mental disorder *(including other substance-related disorder)* with harmful behavior or history of such behavior likely to recur
  任何生理或精神异常 *（包括与其他物质相关的异常）* 并且有伤害行为或历史上曾有伤害行为，现在有可能复发

  * amphetamines, cannabis, cocaine, hallucinogens, inhalants, opioids, phencyclidines, sedative-hypnotics, and anxiolytics
  * 安非它明，大麻，可卡因，致幻剂，吸入剂，鸦片类，循环苯吡啶，镇静-催眠药和抗焦虑药

☐ **Class B Conditions** *(From Past medical History and Physical Examination Worksheets)*
B 级病症 *（根据过去史和体检表的内容判断）*

- ☐ TB, active, noninfectious *(Class B1, from Chest X-Ray Worksheet)*
  结核，活动性，无传染性 *（根据胸部X 光检查情况定为B1 级）*
  Treatment: ☐ **None** 未治疗 ☐ **Partial** 部分完成 ☐ **Completed** 完成治疗
  治疗：
- ☐ TB, inactive *(Class B2, from Chest X - Ray Worksheet)*
  结核，非活动性，*（根据胸部X 光检查情况定为B2 级）*
  Treatment: ☐ **None** 未治疗 ☐ **Partial** 部分完成 ☐ **Completed** 完成治疗
  治疗：
  See Section #4 on page 2 for TB treatment details
  见第 2 页第 4 部份的结核治疗详情
- ☐ Syphilis, treated within last year
  梅毒（有残留的病征），一年内曾治疗过
- ☐ Other sexually transmitted infections, treated within last year
  其它性传播疾病，一年内曾治疗过
- ☐ Current pregnancy, number of weeks pregnant _____
  目前正怀孕，妊娠周数
- ☐ **Other** *(specify or give details on checked conditions from worksheets)*
  其它 *（详细说明或对体检表中打勾的项目具体说明）*
- ☐ Hansen's disease, prior treatment
  麻风病，以前治疗过
- ☐ Hansen's disease, tuberculoid, borderline, or paucibacillary
  麻风病，结核样型，中间界线类，或少量排菌型
- ☐ Sustained, full remission of addiction or abuse of specific* substances
  曾持续使用某些特殊 *物质，但现已停用
- ☐ Any physical or mental disorder (excluding addiction or abuse of specific* substance but including other substance-related disorder) without harmful behavior or history of such behavior unlikely to recur
  任何生理或精神异常 *（不包括对特殊*物质的成瘾或滥用，但存在与其他物质相关的异常）*，无伤害行为或历史上曾有伤害行为，但不会再发作。

  * amphetamines, cannabis, cocaine, hallucinogens, inhalants, opioids, phencyclidines, sedative-hypnotics, and anxiolytics
  * 安非它明，大麻，可卡因，致幻剂，吸入剂，鸦片类，循环苯吡啶，镇静－催眠药和抗焦虑药

(2)**Laboratory Findings**(*check all boxes that apply*):
检验室检查发现 *(在相应的方格内打勾):*

Syphilis: 梅毒: ☐ **Not done** 未做

	Test name 检验项目名称	Date(s) run (*mm-dd-yyyy*) 检验日期(月－日－年)	Negative 阴性	Positive 阳性	Titer 1 滴度1	Notes 备注
Screening 筛查			☐	☐		
Confirmatory确认			☐	☐		

Treated 治疗过	If treated, therapy: 如接受过治疗，所用疗法:	Dates(s) treatment given (3 doses for penicillin) 给予治疗的日期（3次治疗剂量青霉素）
☐ Yes 是 ☐ No 否	☐ Benzathine penicillin, 2.4 MU IM 苄星青霉素240万单位，肌注 ☐ Other (therapy, does): E 其它 *(疗法，剂量): E*	

HIV: 人类免疫缺陷病毒: ☐ **Not done** 未做

	Test name 检验项目名称	Date(s) run (*mm-dd-yyyy*) 检验日期 *(月－日－年)*	Negative 阴性	Positive 阳性	Indeterminate 不确定	Notes 备注
Screening 筛查			☐	☐	☐	
Secondary 再查			☐	☐	☐	
Confirmatory 确认			☐	☐	☐	

(3) **Immunization**(*See Vaccination Form, check all boxes that apply*) **Not required for refugee applicants.**
预防接种 *(参见预防接种记录表，在相应方格内打勾)*，难民不要求填写此栏目。

☐ Vaccine history complete 过去已完成接种

☐ Incomplete vaccine history, no waiver requested 过去未完成接种，不符合豁免要求

☐ Vaccine history incomplete,requesting waiver *(indicate type below)* 过去未完成接种，符合豁免要求 *(在以下勾出相应类形)*

☐ Blanket waiver 表中所指豁免项目

☐ Individual waiver 个人原因需豁免项目

I certify that I understand the purpose of the medical examination and I authorize the required tests to be completed.
我证明我了解该医学检查的目的并且授权医生完成所要求的检测。

Applicant Signature 申请人签名	**Panel Physician Signature** 主检医生签名	**Date(mm-dd-yyyy)** 日期 *(月－日－年)*

(4) Tuberculosis Treatment Regimen
结核治疗方案
(Fill out if applicant has taken in the past, or is now taking TB medication. If drug doses or dates not known or not available, mark "unknown")
如果申请人曾经或正在服用治疗结核的药物，请填写以下内容。如果不知道或不能提供药物的剂量或治疗日期，标注“不知道”）

☐ **Check if therapy currently prescribed (if current, don't mark "End Date")**
如果目前正按规定治疗请打勾（如正在治疗不用注明“结束日期”）

Medication 药物	**Dose/Interval (i.e. mg/day)** 剂量/间隔（例如：毫克/日）	**Start Date (mm-dd-yyyy)** 开始治疗的日期(月－日－年)	**End Date (mm-dd-yyyy)** 结束治疗的日期(月－日－年)
☐ **Isonaizid (INH)** 异烟肼			
☐ **Rifampin** 利福平			
☐ **Pyrazinamide** 吡嗪酰胺			
☐ **Ethambutol** 乙胺丁醇			
☐ **Streptomycin** 链霉素			
☐ **Other, specify** 其他，详细说明			

Applicant's weight (kg)
申请人的体重（公斤）

Remarks 备注:

U.S. Department of State
美国国务院

CHEST X-RAY AND CLASSIFICATION WORKSHEET
胸部X光检查和疾病分类表

OMB NO.1405-0113
EXPIRATION DATE: 05/31/2007
表格有效期至: 2007年5月31日
ESTIMATED BURDEN: 10 minutes
完成表格估计耗时: 10分钟
(See Page 2 - Back of Form)
(见第二页)

For Use with DS-2053
与DS-2053表同时使用

Complete Sections 1 through 5, As Applicable
根据需要完成第1至5部分

Name *(Last, First, Ml)* 姓名 *(姓, 名)*	Age 年龄

Birth Date *(mm-dd-yyyy)* 出生日期 *(月-日-年)*	Passport Number 护照号码	Alien *(Case)* Number 档案号

1. Chest X-Ray Needed *(mark all that apply)*
以下情况需进行胸部X光检查(在方格内做标注)

- ☐ History of tuberculosis (TB) disease
  结核病罹患史
- ☐ Contact with person with TB
  曾与结核病人接触
- ☐ TB signs of symptoms
  结核的体征或症状
- ☐ Adult *(with or without any of the other)*
  成年人 *(有或没有其它伴发症状)*

(If child does not have any of the above, stop here)
(若未成年申请人没有上述病史可不需填写以下内容)

2. Chest X-Ray Findings
胸部X光检查结果

Date chest X-Ray taken *(mm-dd-yyyy)*
胸部X光检查日期 *(月-日-年)* _____

- ☐ Normal finding
  结果正常
- ☐ Abnormal finding *(indicate findings and interpretation, checking all that apply, and any other in table below)*
  结果异常 *(在下面异常情况栏目相对应的方格内打勾并作出解释)*

☐ **Can suggest ACTIVE TB** *(Need smears)* 考虑为活动性结核 *(需要做痰涂片检查)*	☐ **Can suggest INACTIVE TB** *(Need smears if symptomatic)* 考虑为非活动性结核 *(若有症状需做痰涂片)*	☐ **OTHER X-ray findings** 其他X光所见
☐ Infiltrate or consolidation 渗出或实变	☐ Discrete fibrotic scar or linear opacity 散在的纤维化病灶或条索状混浊影	☐ **Follow - up needed** 需要随访
☐ Any cavitary lesion 任何空洞样病损	☐ Discrete nodule(s) without calcification 散在的无钙化结节	☐ Musculoskeletal 肌肉骨骼病
☐ Nodule with poorly defined margins 边界不清的结节 *(Such as tuberculoma)* *(如结核球)*	☐ Discrete fibrotic scar with volume loss or retraction 散在的纤维化病灶并肺容量大量丧失	☐ Cardiac 心血管疾病
☐ Pleural effusion 胸腔积液	☐ Discrete nodule(s) with volume loss or retraction 散在的结节样病灶并肺容量大量丧失	☐ Pulmonary 肺部疾病
☐ Hilar/Mediastinal adenopathy 肺门和纵隔淋巴结病变	☐ Other *(Such as bronchiectasis)* 其它 *(如: 支气管扩张)*	☐ Other 其它
☐ Linear, interstitial markings *(children only)* 条索、间质病变征 *(只见于儿童)*		☐ **No follow-up needed for** 不需要随访
☐ Other *(such as miliary findings)* 其他 *(如粟粒型肺结核)*		Pleural thickening, diaphragmatic tenting, blunting costophrenic angle, solitary calcified nodule or gran-uloma or minor musculoskeletal or cardiac finding 胸膜增厚, 横膈幕状粘连, 肋膈角变钝, 单纯的钙化结节或肉芽肿或轻微的肌肉骨骼病变或心血管改变.

Remarks
备注 _____

3. Sputum Smears
痰涂片

☐ **No, applicant has no signs or symptoms of TB and:**
不需痰涂片。申请人没有结核的症状和体征, 而且:

☐ **Yes, applicant has** *(mark all that apply)*:
需痰涂片检查,申请人有 *(在方块内做标记)*:

- ☐ Signs or symptoms of TB present, See Section 1
  有结核的症状和体征, 见第一部分
- ☐ X-ray suggests ACTIVE TB, See Section 2
  据X光所见考虑为活动性结核, 见第二部分
- ☐ X-ray suggests INACTIVE TB, this is a **Class B2/TB**
  X光检查考虑为非活动性结核, 属于B2级结核
- ☐ OTHER X-ray findings suggest follow-up needed after arrival, this is **B Other**
  据其他X光所见, 建议到美国后随访, 属于其它类B级
- ☐ OTHER X-ray findings suggest **no follow-up needed**, this is **No Class**
  据其他X光所见, 不建议到美国后接受随访, 无级别
- ☐ X-ray Normal, this is **No Class**
  X光检查未见异常, 无级别

and smear results are:
痰涂片检查发现:

	Positive 阳性	Negative 阴性	Dates obtained *(mm-dd-yyyy)* 取痰时间 (月/日/年)
	☐	☐	_____
	☐	☐	_____
	☐	☐	_____

Sputum smear results and X-ray findings: 痰涂片结果及 X 光检查结果： **At least one smear result POSITIVE and:** 至少一次痰涂片结果呈阳性并有 ☐ Any chest X-ray finding, this is Class A/TB: 任何胸部 X 光发现，属 A 级结核： (Normal or Abnormal findings) *（正常或异常发现）*	**Three smear results NEGATIVE and** 三次痰涂片结果呈阴性并有： ☐ X-ray Normal with X 光未见异常，且 ☐ Signs of symptoms resolved, this is **No Class** 症状消失，无级别 ☐ **Signs or symptoms suggest follow-up needed after arrival, this is B Other** 有体征或症状，建议到美国后随访，属 B 级其他类 ☐ X-ray suggests ACTIVE or INACTIVE TB, this is **Class B1/TB** X 光所见考虑活动性或非活动性结核，属 B1 级结核 ☐ OTHER X-ray findings suggest follow-up needed after arrival, this is **Class B Other** 根据其他 X 光所见，建议到美国后随访，属 B 级其他类

4. ☐ **No Class** 无级别 ☐ **Class A/TB** A 级结核 ☐ **Class B1/TB** B1 级结核 ☐ **Class B2/TB** B2 级结核 ☐ **Class B Other, follow-up needed** B 级其他类，需随访

5. **Follow-up Needed After Arrival** 到美国后需要随访 ☐ No 否 ☐ Yes 是 If Yes, for 随访是针对 ☐ Not TB condition 非结核病症 ☐ TB condition 结核病症

(If yes, specify, condition below and on DS-2053; include additional tests, and therapy used with start and stop dates and any changes)
（如果是，请在下面和 DS-2053 表中详细说明，包括注明额外的检查，所需治疗的起止日期和变化情况）

Remarks
备 注

DS-3024

PAPERWORK REDUCTION ACT AND PRIVACY ACT NOTICES
文字报告缩减法和个人隐私法之相关通告

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average. 10 minutes per response, including time required for searching existing data sources, gathering the necessary data, providing the information required, and reviewing the final collection. Persons are not required to provide this information in the absence of a valid OMB approval number. Send comments on the accuracy of this estimate of the burden and recommendations for reducing it to: The U.S. Department of State (A/RPS/DIR) Washington, DC 20520.

针对表中的要求对资料进行搜集并根据所得资料完成此表，估计每份平均需要 10 分钟。若持表人所提交的表上无美国预算和管理局给予的号码，这类人无需向您提供表中的相关信息。若您对于完成表格所需时间的估计和表格内容的精简有更好的建议，可告知：华盛顿特区，美国国务院所属机构 (A/RPS/DIR)，邮编：20520

We ask for information on this form, in the case of applicants for immigrant visas, to determine medical eligibility under INA Sections 212(a) and 221(d), and, in the case of refugees, as required under INA Section 412(b)(4) and (5). If an immigrant visa is issued or refugee status granted, you will convey this form to Department of Homeland Security (DHS) for disclosure to the Center for Disease Control and the US Public Health Service. Failure to provide this information may delay or prevent the processing of your case. If an immigrant visa is not issued or refugee status is not granted, this form will be treated as confidential under INA Section 222(f).

我们要求移民签证申请人或难民提供表格所要求的信息，以便于我们确定申请人是否符合移民法第 212(a)和 221(d)或 412(b)(4)和(5)条中的医学要求。如果移民签证或难民身份获得批准，这份表格将提交到美国国土安全部以便将你的情况向疾病预防控制中心和美国卫生部通报。若不按要求提供个人资料，你的申请程序将被延迟或受阻。若移民签证或难民身份未获批准，你的表格将依照移民法第 222(f)条的要求作为密件处理。

U.S. Department of State
美国国务院

MEDICAL HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION WORKSHEET

医学病史和身体检查表

For use with DS - 2053　　与 DS-2053 表一同使用

OMB NO.1405-0113
EXPIRATION DATE: 05/31/2007
有效截止时间：2007 年 5 月 31 日
ESTIMATED BURDEN: 35 minutes
完成表格估计耗时：35 分钟
(See Page 2 - Back of Form)
(见第二页)

Name *(Last, First, MI)* 姓名　*(姓 名)*		Exam Date *(mm-dd-yyyy)* 检查日期 *(月－日－年)*
Birth Date *(mm-dd-yyyy)* 出生日期　*(月－日－年)*	Passport Number 护照号码	Alien *(Case)* Number 档案号码

1. Past Medical History *(indicate conditions requiring medication or treatment after resettlement and give details in Remarks)*
过去病史　*(若存在定居后需要药物或其他治疗的病症应标明并在备注栏内给出详细说明)*
Note: The following history has been reported, has not been verified by a physician, and should not be deemed medically definitive.
注：以下病史由申请人陈述，尚未经医生所证实，不应作为医学结论。

No 否　Yes 是

General 一般情况

☐ ☐ Illness or injury requiring hospitalization *(including psychiatric)*
需要住院的疾病或外伤 *(含精神疾病)*

Cardiology 心脏疾病

☐ ☐ Angina pectoris
心绞痛
☐ ☐ Hypertension *(High blood pressure)*
高血压
☐ ☐ Cardiac arrhythmia
心律不齐
☐ ☐ Congenital heart disease
先天性心脏病

Pulmonology 肺部疾病

☐ ☐ History of tobacco use
吸烟史
Current use 现仍吸烟 ☐ Yes 是 ☐ No 否
☐ ☐ Asthma
哮喘
☐ ☐ Chronic obstructive pulmonary disease *(emphysema)*
慢性阻塞性肺部疾病 *(肺气肿)*
☐ ☐ History of tuberculosis *(TB)* disease
结核病史
Treated 治疗过 ☐ Yes 是 ☐ No 否
Current TB symptoms 目前有结核症状 ☐ Yes 是 ☐ No 否

Neurology and Psychiatry 神经和精神疾病

☐ ☐ History of stroke, with current impairment
中风史，现有后遗症
☐ ☐ Seizure disorder
癫痫
☐ ☐ Major impairement in learning, intelligence, self care, memory, or communication
在学习、智力、自理能力、记忆力或社交方面存在严重缺陷
☐ ☐ Major mental disorder *(including major depression, bipolar disorder,schizophrenia, mental retardation)*
精神障碍*(包括重型抑郁症,双相情感障碍,精神分裂症,智力缺陷)*
☐ ☐ Use of drugs other than those required for medical reasons
非治疗原因使用药物
☐ ☐ Addiction or abuse of specific* substance *(drug)*
对特殊 * 物质 *(药物)成瘾或*滥用
* amphetamines, cannabis, cocaine, hallucinogens, inhalants, opioids, phencyclidines, sedative-hypnotics, and anxiolytics
* 安非它明，大麻，可卡因，致幻剂，吸入剂，鸦片类，循环苯吡啶，镇静－催眠药和抗焦虑药
☐ ☐ Other substance-related disorders *(including alcohol addiction or abuse)*
与其他物质有关的异常 *(包括：酒精依赖或酗酒)*
☐ ☐ Ever taken action to end your life
曾经有自杀行为

No 否　Yes 是

☐ ☐ Ever caused SERIOUS injury to others, caused MAJOR property damage or had trouble with the law because of medical condition, mental disorder, or influence of alcohol or drugs
因受到患病、精神障碍、酒精或药物等因素影响，曾导致他人重伤，造成严重财产损失或触犯法律

Obstetrics and Sexually Transmitted Diseases 产科状况及性病

☐ ☐ Pregnancy 妊娠　Fundal height 宫底高度_____cm
Last menstrual period Date *(mm-dd-yyyy)* 最后一次月经期 *(月－日－年)* _____
☐ ☐ Sexually transmitted diseases, specify
性传播疾病，详细说明 _____

Endocrinology and Hematology 内分泌疾病和血液系统疾病

☐ ☐ Diabetes mellitus
糖尿病
☐ ☐ Thyroid disease
甲状腺疾病
☐ ☐ History of malaria
疟疾病史

Other 其他

☐ ☐ Malignancy, specify
恶性病，详细说明 _____
☐ ☐ Chronic renal disease
慢性肾脏疾病
☐ ☐ Chronic hepatitis or other chronic liver disease
慢性肝炎或其他慢性肝病
☐ ☐ Hansen's Disease
麻风病
☐ Tuberculoid 结核样型 ☐ Borderline 中间界线类 ☐ Lepromatous 瘤型
OR 或 ☐ Paucibacillary 排菌量少 ☐ Multibacillary 多种杆菌感染
Treated 曾治疗 ☐ Yes 是 ☐ No 否
☐ ☐ Visible disabilities *(including loss of arms or legs)*,
可见残障 *(包括上肢或下肢缺失)*
Specify
详细说明 _____
☐ ☐ Other requiring treatment, specify
其他需要治疗的状况，详细说明 _____

2. Physical Examination *(indicate findings and give details in Remarks)*
身体检查 *(注明体检所见并于备注内详细说明)*

☐ No 否 ☐ Yes 是 Applicant appears to be providing unreliable or false information, specify
申请人的临床表现与其所提供的资料不吻合或其所提供的资料有误，详细说明

Height 身高_____cm
BP 血压____/____(mmHg) 毫米汞柱
Weight 体重 _____kg
Heart rate 心率_____ / 分 /min
Visual Acuity at 20 feet: 20英尺处视力：
Respiratory rate 呼吸频率_____/ 分 /min
Uncorrected 裸眼视力 L 20/_____ 左20/_____ R 20/_____ 右20/_____
Corrected 矫正视力 L 20/_____ 左20/_____ R 20/_____ 右20/_____

***N, normal;** 正常 **A, abnormal;** 不正常； **ND, not done** 未做

N*	A*	ND*	
☐	☐	☐	General appearance and nutritional status 外观特征及营养状况
☐	☐	☐	Hearing and ears 听力及双耳
☐	☐	☐	Eyes 双眼
☐	☐	☐	Nose, mouth, and throat *(include dental)* 鼻、口腔和咽喉（包括牙齿）
☐	☐	☐	Heart *(S1, S2, murmur, rub)* 心脏（*第1心音，第2心音，杂音，摩擦音*）
☐	☐	☐	Breast 乳腺
☐	☐	☐	Lungs 肺
☐	☐	☐	Abdomen *(including liver, spleen)* 腹部（*包括肝、脾*）
☐	☐	☐	Genitalia *(including circumcision, infection(s))* 生殖器（*包括包皮或阴蒂环切术，传染病*）
☐	☐	☐	Inguinal region *(including adenopathy)* 腹股沟区（*含腺体病变情况*）
☐	☐	☐	Extremeities *(including pulses, edema)* 肢体（*含脉博和水肿情况*）
☐	☐	☐	Musculoskeletal system *(including gait)* 肌肉骨骼系统（*含步态*）
☐	☐	☐	Skin *(including hypopigmentation, anesthesia, findings consistent with self-inflicted injury or injestions)* 皮肤（*含色素沉着不足，感觉缺失，自伤或自行注射痕迹*）
☐	☐	☐	Lymph nodes 淋巴结
☐	☐	☐	Nervous system *(including nerve enlargement)* 神经系统（*含神经束肿大表现*）
☐	☐	☐	Mental status *(including mood, intelligence, perception, thought processes, and behavior during examination)* 精神状况（*含检查期间的情绪、智力、知觉、思维逻辑和行为*）

3. Additional Testing Needed Prior to Approving Medical Clearance
出国前需要加做检查以便确诊

No 否 **Yes** 是

☐ ☐ Physical examination or laboratory results contradict medical history
体检或实验室检测结果与病史矛盾

☐ ☐ Referral prior to departure if yes, provide results
如果在出国前接受了会诊，结论是：_____

☐ ☐ Referral prior to departure if yes, provide results
如果在出国前接受了会诊，结论是：_____

4. Follow- up Needed After Arrival
到美国后需要随访

☐ No 否 ☐ Yes, within 1 week 是， 1周内 ☐ Yes, within 1 month 是， 1个月内 ☐ Yes, within 6 months 是， 6个月内

☐ For continuing medication, list type, dose, and frequency
需继续药物治疗，列出药物的类别、剂量和服用次数_____

☐ For continuing other treatment, specify _____
需继续其他治疗，详细说明 _____

5. Remarks *(describe any abnormal history, abnormal findings, and resulting interventions)*
备注 *(描述过去病史，体检中异常发现和结论)*

U. S. Department of State

美 国 国 务 院

VACCINATION DOCUMENTATION WORKSHEET

预 防 接 种 记 录 表

For Use with DS-2053 To Be Completed by Panel Physician Only 与 DS-2053 表一同使用 只能由主检医生完成

OMB NO.1405-0113
EXPIRATION DATE: 05/31/2007
有效截止时间：2007 年 5 月 31 日
ESTIMATED BURDEN: 20 minutes
完成表格估计耗时：20 分钟
(See Page 2 - Back of Form)
（见第二页）

Name *(Last, First, MI)* 姓名 *（姓 . 名）*	Exam Date *(mm-dd-yyyy)* 检查日期 *（月－日－年）*	**REQUIRED FOR U.S. IMMIGRANT VISA APPLICANTS** 赴美移民签证申请人要求完成此表 **NOT REQUIRED FOR REFUGEE APPLICANTS** 难民不要求完成此表
Birth Date *(mm-dd-yyyy)* 出生日期 *（月－日－年）*	Passport Number 护照号码	Alien (Case) Number 档案号码

1. Immunization Record
预防接种记录

Vaccine History Transferred From a Written Record *(list chronologically from left to right)*
将书面记录的预防接种史转载到下栏中 *（按时间顺序从左到右）*

NOTE FOR PANEL PHYSICIANS:
主检医生请注意：
For refugee applicants, please complete only if reliable vaccination document are available
若申请人是难民，只有当申请人出示有效的预防接种文件时医生才填写此表。

Vaccine 疫苗	Date received *(mm/dd/yyyy)* 接种时间 *（月-日-年）*	Date received *(mm/dd/yyyy)* 接种时间 *（月-日-年）*	Date received *(mm/dd/yyyy)* 接种时间 *（月-日-年）*	Date received *(mm/dd/yyyy)* 接种时间 *（月-日-年）*	Vaccine Given by Panel Physician *(mm/dd/yyyy)* 主检医生所实施的接种时间 *（月-日-年）*	Completed Series(√ if completed, write "VH" if varicella history, or write date of lab test if immune) 完成了系列接种 *（若完成了接种，在格内打 "√"；若申请人有水痘患病史，则注明 "VH" 或写出其实验室测定认证已获得免疫力的日期）*	Blanket Waiver(s) To Be Requested If Vaccination Not Medically Appropriate, Check suitable Box(es) Below 若不能对申请人实施所要求接种的疫苗，请在下列提供的相应项目中打勾注明				
							Not age appropriate 年龄不适合	Insufficient time interval 时间间隔不当	Contrain-dicated 有禁忌症	Not routinely available 无疫苗常规供应	Not Fall(flu) Season 非接种季节
DT/DTP/DtaP 白白破											
Td 成人白破											
Polio (OPV/IPV) 脊髓灰质炎											
Measles (or MR or MMR) 麻疹（或 MR 或麻腮风）											
Mumps (or MMR) 腮腺炎（或麻腮风）											
Rubella (or MR or MMR) 风疹（或 MR 或麻腮风）											
Hib (Haemophilus influenzae type b) 流感嗜血杆菌 B 型											
Hepatitis B 乙型肝炎											
Varicella 水痘											
Pneumococcal 肺炎双球菌											

Influenza 流行性感冒											

2. Results 结论

☐ Vaccine history incomplete
过去未完成接种

☐ Applicant may be eligible for blanket waiver(s) because vaccination(s) not medically appropriate *(as indicated above)*.
申请人因医学原因不适宜接种*(见上)*

☐ Applicant will request an individual waiver based on religious or moral convictions.
申请人因宗教或道德观念等原因要求不接种

☐ Vaccine history complete for each vaccine, all requirements met *(documented above)*.
申请人完成了所有接种要求*(见上)*

☐ Applicant does not meet vaccination requirements for one or more vaccines and no waiver is requested.
申请人未完成所有接种要求*(因无豁免理由，申请人仍需接种一种或多种疫苗)*

3. Panel Physician *(name)*
主检医生 *(姓名)* _____

Panel Physician *(signature)*
主检医生 *(签名)* _____

Date *(mm/dd/yyyy)*
日期 *(月-日-年)* _____

DS-3025
12-2003

Give copy to applicant 将复印件交申请人

PAPERWORK REDUCTION ACT AND PRIVACY ACT NOTICES
文字报告缩减法和个人隐私法之相关通告

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 20 minutes per response, including time required for searching existing data sources, gathering the necessary data, providing the information required, and reviewing the final collection. Persons are not required to provide this information in the absence of a valid OMB approval number. Send comments on the accuracy of this estimate of the burden and recommendations for reducing it to: the U.S. Department of State (A/RPS/DIR) Washington, DC 20520

针对表中的要求对资料进行搜集并根据所得资料完成此表，估计每份平均需要20分钟。若持表人所提交的表上无美国预算和管理局给予的号码，这类人无需向您提供表中的相关信息。若您对于完成表格所需时间的估计和表格内容的精简有更好的建议，可告知：华盛顿特区，美国国务院所属机构(A/RPS/DIR)，邮编：20520

We ask for information on this form in the case of applicants for immigrant visas to determine medical eligibility under INA Sections 212(a) and 221(d) and as required by INA Section 212(g)(2). If an immigrant visa is issued, you will convey this form to the Department of Homeland Security (DHS) for disclosure to the Center for Disease Control and the Public Health Service. Failure to provide this information may delay or prevent the processing of you case. If your immigrant visa is not issued, this form will be treated as confidential under INA Section 222(f).

我们要求移民签证申请人提供表格所要求的信息，以便于我们确定申请人是否符合移民法第212(a)、221(d)和212(g) (2)的医学要求。如果移民签证获得批准，这份表格将提交到国土安全部，以便将你的情况向疾病控制中心和美国卫生部通报。如果你不按照要求提供个人资料，你的申请程序将被延迟或受阻。若你的移民签证未获批准，你的表格将依照移民法第222(f)条的要求作为密件进行处理。